FORMA DE INFORMACION DE LA SALUD MENTAL DEL INTERNO

INFORMACION DEL INTERNO

NOMBRE LEGAL COMPLETO: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____
DOMICILIO ANTES DE PRISION: _____
CDCR #: _____ EDIFICIO Y NUMERO DE CELDA SI SABE: _____

INFORMACION DE CONTACTOS FAMILIAR

ESTA FORMA ESTA SIENDO ESCRITA POR: _____
MIEMBRO DE FAMILIA QUE PUEDE SER CONTACTADO CON RESPECTO A ESTA FORMA: _____
RELACION CON EL INTERNO: _____
DOMICILIO: _____ CIUDAD: _____ ESTADO/ CP: _____
TELEFONO DE DIA: _____ TELEFONO DE TARDE: _____ CELULAR: _____

INFORMACION DE LA SALUD MENTAL

INFORMACION DEL SIQUIATRA:

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ FECHAS APROXIMADAS DEL TRATAMIENTO: _____

INFORMACION DEL PSICOLOGO/CONSEJERO:

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____
NUMERO DE TELEFONO: _____ FECHAS APROXIMADAS DEL TRATAMIENTO: _____

DESCRIBA EL HISTORIAL DE LA SALUD MENTAL DEL INTERNO: _____

DIAGNOSTICO: _____
MEDICAMENTOS: _____
Efectos secundarios o reacciones negativas a los medicamentos: _____

¿ESTA USTED PREOCUPADO DE QUE EL INTERNO SE HAGA DAÑO A SI MISMO? NO SI

Si es SI, explique sus preocupaciones: _____

¿HAY UN MIEMBRO DE SU FAMILIA QUE HAYA INTENTADO SUICIDARSE EN EL PASADO? NO SI

Si es SI, proporcione fecha(s) aproximada(s) y el número de intentos/amenazas de suicidio: _____

¿Qué estaba pasando que podría haber provocado pensamientos o comportamiento de suicidio? _____

INFORMACION MEDICA

MEDICO:

NOMBRE: _____ DOMICILIO: _____
TELEFONO: _____ FECHAS APROXIMADAS DEL TRATAMIENTO: _____

DESCRIBA LAS PREOCUPACIONES MÉDICAS: _____

MEDICAMENTOS: _____

INFORMACION DE CONTACTO DE LA PRISION DE ESTADO NORTH KERN

POR FAVOR ENVIE ESTA FORMA POR FAX O CORREO A: DR. GREG HIROKAWA, CHIEF PSYCHOLOGIST
DIRECCION: NORTH KERN STATE PRISON/ P.O. BOX 567/ DELANO, CALIFORNIA 93216-0567 o **FAX: (661) 721-6262**

NOTA: Si tiene usted información adicional que quisiera compartir con nosotros, adjúntela por favor en una hoja por separado.
!Gracias por su cooperación!